

## TERMO DE REFERÊNCIA

<b>Órgão:</b> PREFEITURA MUNICIPAL DE JAHU
<b>Secretaria/Setor Requisitante:</b> SECRETARIA DE SAÚDE
<b>Objeto:</b> PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE TERAPIAS COM FONOAUDIÓLOGA, PSICOTERAPEUTA E PSICOPEDAGOGA, EM ATENDIMENTO À ORDEM JUDICIAL Nº 1009605-46.2025.8.26.0302.

<b>1. FUNDAMENTAÇÃO DA AQUISIÇÃO</b>
<b>1.1. Necessidade (demanda) a ser atendida:</b> Justifica-se a necessidade da demanda para dar cumprimento à ordem judicial proferida no Processo nº 1009605-46.2025.8.26.0302, que determinou que o Município de Jahu fornecesse o tratamento de terapias com fonoaudióloga, psicoterapeuta e psicopedagoga, 01 sessão/semana de cada modalidade, ao paciente T. G., data de nascimento 18/08/2013, portador de Transtorno do Déficit de Atenção com Hiperatividade (TDAH) CID 590 e Dislexia (Distúrbio de aprendizagem do desenvolvimento com deficiência na expressão escrita) CID 6ª03 e CID 6ª05.
<b>1.2. Beneficiários/usuários/interessados na contratação:</b> Muncípe.
<b>1.3. Resultados esperados da aquisição:</b> Garantir o acesso universal e igualitário às ações e serviços para promoção, proteção e recuperação da saúde. (artigo 196 da CF).
<b>1.4. Existência de Estudo Técnico Preliminar:</b> <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input checked="" type="checkbox"/> Não se aplica
<b>1.5. Existência de Análise de Riscos:</b> <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input checked="" type="checkbox"/> Não se aplica
<b>1.6. Existência de Projeto Básico:</b> <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input checked="" type="checkbox"/> Não se aplica
<b>1.7. Existência de Projeto Executivo:</b> <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input checked="" type="checkbox"/> Não se aplica

**1.7.1. Em caso de substituição de Projeto Executivo pelo Projeto Básico, justificar:**

**2. DA DESCRIÇÃO DOS MATERIAIS/SERVIÇOS A SEREM CONTRATADOS**

**2.1. Detalhamento do Objeto.**

ITEM	DESCRIÇÃO	UN.	QTDE. MENSAL	QTDE. 3 MESES
1	<p><b>TERAPIA COM FONOAUDIÓLOGA</b> – Sessão individual de aproximadamente 50 minutos, 01 sessão/semana, com profissional especializado para o tratamento do paciente T. G., data de nascimento 18/08/2013, portador de Transtorno do Déficit de Atenção com Hiperatividade (TDAH) CID 590 e Dislexia (Distúrbio de aprendizagem do desenvolvimento com deficiência na expressão escrita).</p> <p>O atendimento deve abranger as sessões individualizadas e todos os materiais necessários para avaliação do paciente. A clínica deverá se comprometer em encaminhar relatório de evolução do paciente, quando solicitado, para fins de comprovação do atendimento, bem como devolutiva ao responsável.</p> <p>O atendimento deverá corresponder a quantidade de sessões indicadas, conforme determinação judicial.</p> <p>O atendimento deverá ser realizado nesta cidade de Jaú/SP, sem exceções, para melhor atender às necessidades de locomoção do responsável e do paciente.</p>	Sessão	4	15*
2	<p><b>TERAPIA COM PSICOTERAPEUTA</b> – Sessão individual de aproximadamente 50 minutos, 01 sessão/semana, com profissional especializado para o tratamento do paciente T. G., data de nascimento 18/08/2013, portador de Transtorno do Déficit de Atenção com Hiperatividade (TDAH) CID 590 e Dislexia (Distúrbio de aprendizagem do desenvolvimento com deficiência na expressão escrita).</p> <p>O atendimento deve abranger as sessões individualizadas e todos os materiais necessários para avaliação do paciente. A clínica deverá se comprometer em encaminhar relatório de evolução do paciente, quando solicitado, para fins de comprovação do atendimento, bem como devolutiva ao responsável.</p> <p>O atendimento deverá corresponder a quantidade de sessões indicadas, conforme determinação judicial.</p> <p>O atendimento deverá ser realizado nesta cidade de Jaú/SP, sem exceções, para melhor atender às necessidades de locomoção do responsável e do paciente.</p>	Sessão	4	15*
3	<p><b>TERAPIA COM PSICOPEDAGOGA</b> – Sessão individual de aproximadamente 50 minutos, 01 sessão/semana, com profissional especializado para o tratamento do paciente T. G., data de nascimento 18/08/2013, portador de Transtorno do Déficit de Atenção com Hiperatividade (TDAH) CID 590 e</p>	Sessão	4	15*

	<p>Dislexia (Distúrbio de aprendizagem do desenvolvimento com deficiência na expressão escrita).</p> <p>O atendimento deve abranger as sessões individualizadas e todos os materiais necessários para avaliação do paciente. A clínica deverá se comprometer em encaminhar relatório de evolução do paciente, quando solicitado, para fins de comprovação do atendimento, bem como devolutiva ao responsável.</p> <p>O atendimento deverá corresponder a quantidade de sessões indicadas, conforme determinação judicial.</p> <p>O atendimento deverá ser realizado nesta cidade de Jaú/SP, sem exceções, para melhor atender às necessidades de locomoção do responsável e do paciente.</p>			
--	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	--	--

**\*Consideração meses com 5 semanas.**

**2.2. Estimativa de Valores**  
**Documento anexo:** Planilha de estimativa de preços em anexo.

**2.3. Sujeição às normas técnicas:** Não se aplica.

**2.4. Especificação de garantia/assistência técnica:** Não se aplica.

**2.5. Natureza do Objeto da Contratação/Aquisição:**

- Serviço não continuado
- Serviço continuado
- Material de consumo
- Material permanente / equipamento
- Obra de engenharia
- Outros

**2.5.1. Em se tratando de obra de engenharia, manifestar:**

- Comum
- Especial

**2.6. Necessidade de Agrupamento de Itens:**

- Sim
- Não
- Não se aplica

**2.6.1. Em caso de necessidade de agrupamento de itens, justificar:**

**2.7. Possibilidade de subcontratação:**

- Sim
- Não
- Não se aplica

**2.7.1. Em permitindo a subcontratação, especificar as condições:**

**3. CONDIÇÕES DE HABILITAÇÃO**

**3.1. Para habilitação jurídica, a empresa de melhor proposta deverá entregar os seguintes documentos:**

( ) Ato constitutivo, estatuto ou contrato social em vigor, devidamente registrado, em se tratando de sociedades comerciais, e, no caso de sociedades por ações, acompanhado de documentos de eleição de seus administradores; ou registro comercial, no caso de empresa individual.

( ) Documento de identidade do preposto ou do representante da empresa responsável pela execução do contrato.

( ) Inscrição no cadastro de pessoas físicas (CPF).

( ) Comprovante de residência.

**3.2. Para qualificação econômico-financeira, a empresa de melhor proposta deverá entregar os seguintes documentos:**

( ) Certidão negativa de falência ou concordata com sua expedição nunca superior a 90 (noventa) dias de sua emissão, referente à comarca de domicílio da empresa licitante.

( ) Balanço Patrimonial.

( ) Capital mínimo ou de patrimônio líquido mínimo equivalente até 10% do valor estimado da contratação.

( ) Certidão negativa expedida pelo Cartório distribuidor do domicílio, demonstrando inexistência de quaisquer ações de execução ou insolvência civil

**3.3. Para regularidade fiscal e trabalhista, a empresa de melhor proposta deverá entregar os seguintes documentos:**

(x) Comprovante de Inscrição e de Situação Cadastral do Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica (CNPJ).

( ) Inscrição no Cadastro de Contribuintes Estadual ou Municipal, se houver relativo ao domicílio ou sede do licitante, pertinente ao seu ramo de atividade e compatível com o objeto desta contratação.

(x) Certificado de Regularidade para com o FGTS, expedido pela Caixa Econômica Federal ou prova equivalente que comprove, inequivocamente, a regularidade de situação.

( ) Certidão de regularidade para com a fazenda estadual.

(x) Certidão de regularidade para com a fazenda municipal do domicílio da empresa licitante.

(x) Certidão conjunta de regularidade da receita federal e tributos federais e dívida ativa da União e INSS.

(x) Certidão Negativa de Débitos Trabalhistas (CNDT), para comprovar a inexistência de débitos inadimplidos perante a Justiça do Trabalho.

( ) Declaração de Empregador de Pessoa Jurídica e de Situação Regular no Ministério do Trabalho, conforme inciso VI, art. 68 da Lei 14.133/21

**3.4. Para regularidade técnica, a empresa de melhor proposta deverá entregar os seguintes documentos:**

( ) Apresentação de profissional, devidamente registrado no conselho profissional competente, detentor de atestado de responsabilidade técnica.

( ) Certidões ou atestados, regularmente emitidos pelo conselho profissional competente.

( ) Registro ou inscrição na entidade profissional competente.



Prefeitura Municipal de Jahu

## PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE JAHU

"Fundada em 15 de agosto de 1853"

Rua Paissandu, nº 444, Centro, Cep 17201-900, Fone 36021777

Site: [www.jau.sp.gov.br](http://www.jau.sp.gov.br)

Fls. \_\_\_\_\_

**Nas hipóteses previstas no art. 70, III da Lei 14.133/21 ou caso seja necessário estabelecer condições específicas em relação a habilitação, descrever aqui:** conforme art. 51 do decreto 8.637/23.

### 4. DO CRITÉRIO DE ACEITABILIDADE DA PROPOSTA

- Menor Preço  
 Melhor Técnica  
 Melhor Técnica e Menor Preço

### 5. OBRIGAÇÕES DA CONTRATADA

- 5.1 – Executar os serviços em conformidade com as especificações, condições e prazos estabelecidos neste Termo e demais documentos que integram a contratação;
- 5.2 – Comunicar imediatamente à Unidade Requisitante qualquer fato ou circunstância que possa comprometer ou impedir o cumprimento das obrigações assumidas;
- 5.3 – Realizar os serviços em suas dependências, mediante agendamento, a partir do recebimento da Autorização de Fornecimento;
- 5.4 – Manter válidas e atualizadas todas as licenças, autorizações e registros exigidos pelos órgãos competentes para a regular prestação dos serviços, responsabilizando-se pelo pagamento de taxas, emolumentos e demais encargos legais;
- 5.5 – Responsabilizar-se integralmente pelos encargos trabalhistas, previdenciários, fiscais, comerciais, securitários e quaisquer outros que forem devidos;
- 5.6 – Responder integralmente por eventuais danos causados ao Contratante, aos pacientes ou a terceiros, decorrentes de ação ou omissão, dolosa ou culposa, sua ou de seus empregados, prepostos ou profissionais vinculados à execução dos serviços;
- 5.7 – Cumprir integralmente as determinações dos órgãos fiscalizadores e dos poderes públicos, assumindo o pagamento de eventuais multas ou penalidades que lhe forem impostas em decorrência de irregularidades na prestação dos serviços;
- 5.8 – Manter estrutura técnica, administrativa e profissional compatível com a execução dos serviços contratados, garantindo a qualidade, continuidade e regularidade do atendimento;
- 5.9 – Garantir que os serviços sejam prestados em estrita observância à determinação judicial que fundamenta a presente contratação, não sendo admitidas interrupções, recusas ou alterações que comprometam o fiel cumprimento da ordem judicial, sem justificativa prévia;
- 5.10 - Manter controle atualizado da frequência dos pacientes atendidos, com registro das datas, horários e identificação do profissional responsável por cada atendimento, devendo encaminhar tais informações à Unidade Requisitante conforme periodicidade definida;
- 5.11 – Manter prontuário individual e atualizado dos pacientes atendidos, contendo registros das sessões realizadas, evoluções terapêuticas, procedimentos adotados e demais informações pertinentes ao acompanhamento do tratamento;
- 5.12 – Elaborar e disponibilizar relatórios técnicos de acompanhamento terapêutico quando solicitado pelo setor competente da Secretaria de Saúde ou para fins de atendimento às determinações judiciais, devendo os documentos estar devidamente assinados pelo profissional responsável;
- 5.13 – Garantir a guarda, organização e sigilo das informações constantes nos prontuários e registros de atendimento, observando as normas éticas e legais aplicáveis aos serviços de saúde.

## 6. OBRIGAÇÕES DO CONTRATANTE

- 6.1 – Comunicar à Contratada toda e qualquer ocorrência relacionada à execução dos serviços objeto do presente Termo de Referência;
- 6.2 – Efetuar o pagamento devido à Contratada, na forma e condições estabelecidas neste Termo de Referência, após a devida comprovação da execução dos serviços;
- 6.3 – Rejeitar, no todo ou em parte, os serviços executados em desacordo com as especificações técnicas, condições e exigências estabelecidas neste Termo de Referência;
- 6.4 – Emitir e encaminhar à Contratada os documentos necessários à execução dos serviços, tais como Autorização de Fornecimento, Ordem de Serviço, Nota de Empenho ou outros instrumentos equivalentes;
- 6.5 – Acompanhar e fiscalizar a execução dos serviços quanto à qualidade, regularidade e conformidade com as condições estabelecidas neste Termo de Referência e na proposta apresentada pela Contratada;
- 6.6 – Solicitar, quando necessário, relatórios de atendimento, registros de frequência dos pacientes e demais documentos relacionados à execução dos serviços, especialmente para fins de controle administrativo e cumprimento de determinação judicial.

## 7. ENTREGA/PRESTAÇÃO DO OBJETO

### 7.1. Forma de entrega/prestação:

- Prestação Única  
 Prestações Sucessivas  
 Outras

**7.1.1. Em caso de serviços, prestados de forma sucessivas com cumprimento em etapas, cronograma ou planilha, informar etapas e prazos de forma individual e seus critérios de medição (pode ser documento anexo):**

### 7.2. Local de entrega/prestação:

- Almojarifado  
 Secretaria Demandante  
 Local Específico

**7.2.1. Em caso de local específico de entrega/prestação, favor justificar:** os atendimentos deverão ser realizados nas dependências da clínica, a qual deverá estar obrigatoriamente estabelecida no Município de Jaú/SP.


## 8. PAGAMENTO DO OBJETO

### 8.1. Condição de Pagamento:

- Parcela Única  
 Parcelas Sucessivas

**8.1.1. Caso seja em parcelas sucessivas, indicar a periodicidade (mensal, bimestral, cumprimento de etapas etc.):** Mensal, conforme serviços prestados.



<b>8.2. Forma de Pagamento:</b> <input checked="" type="checkbox"/> Padrão (Transferência Bancária) <input type="checkbox"/> Especial
<b>8.2.1. Caso seja em forma especial, justificar:</b>
<b>8.3. Prazo de Pagamento:</b> <input checked="" type="checkbox"/> Padrão (15 dias) <input type="checkbox"/> Especial
<b>8.3.1. Caso seja em prazo especial, justificar:</b>
<b>9. VIGÊNCIA DA CONTRATAÇÃO</b>
<b>9.1. Informar período de vigência: 03 (três) meses.</b>
<p>Jahu/SP, 25 de março de 2026.</p> <p>Ana Júlia Sylvestre de Souza Diretora Estratégica</p> <p> José Aparecido Segura Ruiz Secretário de Saúde</p>